

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証記載事項変更届

千葉県知事

様

年 月 日

届出者 住 所

氏 名

患者との続柄

電話番号

印

保健所受付年月日

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証の記載事項の一部(住所・氏名・保険区分、医療機関[追加、変更])について、下記のとおり変更しますのでお届けします。

住基
確認

1. 確認日

2. 確認者
押印

記

受給者番号

受給者氏名

		旧	新																	
氏 名	カナ氏名																			
	漢字氏名																			
住 所 等	郵便番号																			
	電話番号																			
	市町村名	千葉県 ※																		
	市区町村																			
	字・番地																			
保 険 区 分 等	加入保険	保 険 種 別 (いずれかに○をつける)																		
		1	2	3	4	5	6	7	8											
		協会健保	組 合	共 済	国保(一般)	国保(退職)	後期高齢	国保組合	その他											
	被保険者との続柄	1	2																	
		本人	本人以外																	
医 療 機 関	病院名(薬局名)	住 所										電話番号								

注意事項

1. 変更する箇所のみ記入してください。
2. 変更する箇所に係る公的証明書類(戸籍、健康保険証)を添付してください。
※ なお、住所変更のみの場合には、住民票の添付は不要です。
3. 氏名については、カナ・漢字とも、姓・名の間を1マス空けてください。
4. 届出者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。
5. 内は記入しないでください。(保健所で記入します。)